

## **Economia política do financiamento do direito à saúde no Brasil**

Ana Paula Guidolin<sup>1</sup>  
Grazielle David<sup>1</sup>  
Pedro Rossi<sup>1</sup>

### **Resumo**

Esse artigo propõe uma avaliação do financiamento do direito à saúde no Brasil à luz das regras fiscais para o gasto mínimo em saúde e dos efeitos dos ciclos e das crises econômicas. A partir da literatura, avalia-se o impacto dos ciclos e das crises econômicas na demanda por saúde pública e aponta-se que nos momentos de crise os gastos com saúde pública deveriam aumentar e não diminuir em decorrência de políticas de austeridade fiscal. Diferentes formatos de regras fiscais para o gasto mínimo em saúde são analisados a partir da evolução recente do financiamento da saúde no Brasil. Uma simulação mostra que a vinculação dessa regra ao PIB e, principalmente, à receita, confere um caráter pró-cíclico ao financiamento do direito à saúde, o que pode dificultar sua garantia em momentos de crise. Assim, levanta-se o debate sobre a necessidade de se revisar a regra estabelecida pela EC 95/2016 e de instituir uma regra para crescimento do gasto público em saúde que elimine a característica pró-cíclica e permita atender as necessidades do país no contexto pós-pandemia.

**Palavras-chave:** Sistema público de saúde, Austeridade fiscal, Regras de financiamento

### **Abstract**

This article proposes an assessment of the financing of the right to health in Brazil in the light of the fiscal rules for minimum spending on health and the effects of economic cycles and crises. Based on the literature review, the impact of economic cycles and crises on the demand for public healthcare are assessed and it is pointed out that in times of crisis, funding of public healthcare should increase and not decrease as a result of fiscal austerity policies. Different formats of fiscal rules for minimum spending on health are analyzed based on the recent evolution of healthcare funding in Brazil. A simulation shows that linking this spending rule to GDP and, mainly, to current revenue, gives a pro-cyclical character to the financing of the right to health, which can make it difficult to guarantee this right in times of crisis. Thus, the debate arises about the need to revise the rule set by EC 95/2016 and to establish a rule for growth in public healthcare expenditure that eliminates the pro-cyclical characteristic and allows to meet the country's needs in the post-pandemic.

**Keywords:** Public healthcare system, Fiscal austerity, Funding rules

---

<sup>1</sup> Instituto de Economia – Universidade Estadual de Campinas (IE/UNICAMP)

## **Introdução**

A pandemia atingiu o Brasil em meio à aplicação de uma agenda de reformas centrada na austeridade e na redução do papel do Estado na economia. As circunstâncias impuseram uma mudança no rumo da política econômica e transformaram o debate fiscal no Brasil. Assim, a crise postergou as reformas e criou um “quase consenso” entre os economistas de que é preciso expandir o gasto com saúde, assistência social e apoio às empresas e trabalhadores. A crise atual também mostrou a importância do SUS e do investimento em saúde pública, dando maior apoio político para uma expansão de seu financiamento a fim de fazer frente a novos e velhos desafios.

No entanto, a desejada expansão dos gastos públicos em saúde é incompatível com o atual arcabouço fiscal brasileiro, em particular com a Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016 que, além de instituir um teto de gastos para as despesas primárias, alterou o mínimo constitucional de gastos da União para Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) instituído pela EC nº 86/2015. A regra atual impõe um reajuste do patamar mínimo pela inflação acumulada em 12 meses, tendo como base 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) do ano de 2017. Por sua vez, a regra anterior, tampouco adequada, iria expandir esse patamar mínimo até alcançar 15% da RCL em 2020.

O objetivo desse artigo é pensar o futuro do financiamento público à saúde no Brasil sob uma avaliação das regras anteriores, levantando seus aspectos positivos e negativos em relação ao ciclo econômico e, principalmente, às crises econômicas. A hipótese principal é a de que a austeridade fiscal e regras fiscais para o piso em saúde pró-cíclicas obstaculizam a garantia do direito à saúde, partindo do pressuposto de que sua efetivação exige financiamento adequado e resiliente por todo o ciclo econômico.

Nesse sentido, na primeira parte da Seção 1 avalia-se a relação da política fiscal com o direito à saúde de forma a construir pontes teóricas entre o campo dos direitos humanos e o da economia que, em geral, não dialogam. Na segunda parte da mesma seção, busca-se levantar a literatura empírica e teórica que avalia o impacto das crises econômicas e das políticas de austeridade na demanda por saúde pública. Já na Seção 2, recupera-se em perspectiva histórica o marco legal responsável pelo estabelecimento e financiamento do SUS entre 1988 e 2019 colocando em evidência a Emenda Constitucional nº 95/2016 e seus impactos para o futuro do financiamento da saúde no Brasil. Por fim, a Seção 3 apresenta as regras fiscais que definiram o piso mínimo de gasto em saúde e sua interação com o ciclo econômico, problematizando o caráter pró-cíclico dessas regras e propondo para o debate público uma regra que garanta resiliência, permitindo um maior horizonte de planejamento para a política pública de saúde.

### **1. Direito à saúde, crises econômicas e austeridade fiscal**

#### **1.1 Direito à saúde e a política fiscal**

O direito à saúde está inserido na segunda geração de direitos humanos e, como tal, exige atitude positiva do Estado para sua efetivação em busca de justiça social (Sarlet, 2012). A transição dos direitos humanos da primeira para a segunda geração guarda relação com o momento histórico marcado pela constatação de que “a consagração formal de liberdade e igualdade não gerava a

garantia do seu efetivo gozo” (Sarlet, 2012, p. 45). Assim, a igualdade formal abriu caminho para a igualdade substancial, sendo que esta acepção é ponderada pelo retrato social e não uma mera garantia abstrata e genérica. O avanço do caráter positivo depositado no Estado na garantia do direito à saúde pode ser notado a partir da evolução em sua garantia formal por meio da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948, do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) de 1966 e do Protocolo Adicional à Convenção Americana de Direitos Humanos em matéria de direitos econômicos, sociais e culturais de 1999.

Justamente por depender de uma postura ativa do Estado, essa categoria de direitos que engloba a saúde possui uma importante dimensão econômica (Potrich, 2013). Como resumido por David (2018, p. 301): “A política fiscal é uma política pública, e, como tal, está sujeita às obrigações dos princípios de direitos humanos que têm os Estados”. As prioridades definidas pelo Estado são consubstanciadas na formulação e execução do orçamento público após debate político e correlação de forças (INESC, 2017). Dessa forma, cabe definir o orçamento como uma peça política em vez de uma alocação de recursos técnica. O debate em torno da política fiscal e, em última instância do orçamento, se torna especialmente crítico em conjunturas de crise nas quais a dita escassez de recursos se sobrepõe aos direitos. No campo jurídico, há uma disputa em torno de qual o grau de interferência que a esfera da economia poderia ter na garantia dos direitos humanos. Como indicado por Potrich (2013), a principal objeção à efetividade desses direitos diz respeito ao princípio da reserva do possível, que se vê limitada, no entanto, pelo princípio do mínimo existencial.

A reserva do possível se refere à restrição de recursos imposta pela realidade à efetivação do direito instituído, sujeitando tais direitos à discricionariedade política sintetizada no orçamento público (Sarlet, 2012). Deve-se distinguir, no entanto, a “substancial diferença entre inexistência de recursos e escolha alocativa de recursos” (Potrich, 2013, p. 11), de forma a evitar que se crie uma insuficiência artificial de recursos como escusa para gasto em outras áreas, em descompasso com o instituído em legislação nacional e internacional.

Por sua vez, o mínimo existencial diz respeito à garantia de um nível mínimo de satisfação das necessidades básicas da sociedade, proporcionando uma vida digna. Embora se discuta a composição do mínimo existencial, a literatura aponta para a saúde como integrante principal desse “núcleo mínimo do direito” (Potrich, 2013). O direito à saúde é necessário para existência digna e, no limite, para a própria existência *per se*. Como afirmado por Olsen (2006, p. 354): “No caso do direito fundamental à saúde, há que se observar se a atuação restritiva dos poderes públicos não está a anular a possibilidade de reabilitação do enfermo, condenando-o à morte em virtude de argumentos como a escassez artificial de recursos”. No âmbito de discussão do grau de discricionariedade permitida aos gestores públicos no tocante aos direitos humanos, em especial os direitos econômicos, sociais e culturais, o artigo 2º do PIDESC (1966) determina que:

§1. Cada Estado Membro no presente Pacto compromete-se a adotar medidas, tanto por esforço próprio como pela assistência e cooperação internacionais, principalmente nos planos econômico e técnico, até o máximo de seus recursos disponíveis, que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o pleno exercício dos direitos reconhecidos no presente Pacto, incluindo, em particular, a adoção de medidas legislativas (ONU, 1966).

Em relação ao uso máximo de recursos disponíveis, Bohoslavsky (ONU, 2018) pontua que os Estados devem mobilizar todas fontes possíveis de recursos, ou seja, para além dos recursos já

existentes, deve-se buscar novas fontes de receita respeitando o princípio de justiça fiscal, que não onera a população mais vulnerável:

9.2 States must not only use existing resources to fulfil this obligation but also generate potential resources in a sustainable way when the former are not sufficient to ensure the realization of rights. This requires, for example, seeking international assistance and cooperation, mobilizing domestic resources in ways compatible with environmental sustainability and with the rights of people affected by extractive industries, as well as regulating the financial sector.

9.3 States' obligation to mobilize resources includes: tackling tax evasion and avoidance; ensuring a progressive tax system, including by widening the tax base with regard to multinational corporations and the richest; avoiding international tax competition; improving the efficiency of tax collection; and reprioritizing expenditures to ensure, among other things, adequate funding of public services (ONU, 2018, p. 9).

Tal assertiva possui o poder de colocar em dúvida a validade do princípio da reserva do possível. Na discussão do campo jurídico, o orçamento parece estático e imutável. No entanto, a realidade econômica revela que o orçamento é dinâmico e dispõe de diversos instrumentos. Alternativas presentes no debate público são: expansão da receita via reforma tributária que diminua o caráter regressivo dos impostos brasileiros, distribuindo renda e estimulando o multiplicador econômico; revisão das desonerações e renúncias fiscais – no caso da saúde se destaca a renúncia no Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF) por despesas médicas; e, por fim, realocação de recursos prezando pela prioridade das áreas sociais. A política de austeridade fiscal, por sua vez, reforça a visão da reserva do possível escamoteando o grau de liberdade que o gestor público possui na captação e alocação de recursos.

## **1.2 Crise econômica, austeridade fiscal e o direito à saúde**

Apesar da ampla garantia jurídica e da plena capacidade do Estado em proteger os direitos sociais em qualquer momento do ciclo econômico, com frequência estes são lesados nas crises econômicas. O direito à saúde por si só reflete um conjunto de determinantes relacionados ao desenvolvimento social e econômico da sociedade. Nesse sentido, segundo Vieira (2016), as crises afetam sua garantia por três vias: questões sociais mais amplas, situação de saúde da população e sistema de saúde público.

Cabe aqui resgatar a relação entre saúde e condições de vida que a Medicina Social já discutia nos séculos XVIII e XIX. Segundo tais estudos, conforme Silva e Alves (2011), além dos fatores físicos e biológicos, fatores sociais e econômicos também devem ser levados em conta para analisar o processo de saúde-doença: tem-se, assim, o conceito ampliado de saúde que é feito a partir de uma leitura biopsicossocial. Na mesma linha, a Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946), determina em seu preâmbulo o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Como sintetizado por Santos (2017):

[...] a saúde é fruto da condição de vida em que o indivíduo se encontra, levando em consideração moradia, alimentação, educação, lazer, renda e também o acesso aos serviços de saúde e outras condições que permitem o desenvolvimento individual e coletivo, sendo assim produto da organização social, capaz de produzir enormes desigualdades no que se diz respeito aos níveis de vida (Santos, 2017, p.4).

Vieira (2016) exemplifica que as consequências sociais das crises resultam no aumento da exclusão social, redução de salários, empobrecimento e aumento do desemprego, que estão relacionadas com perdas financeiras e endividamento das famílias. Adiciona-se a insegurança quanto à manutenção do emprego como fator estressante e tem-se um cenário de diminuição da qualidade de vida, aumento da exposição a doenças e aumento do risco de não adesão ao tratamento, deteriorando a situação de saúde como um todo. A saúde mental é a primeira a ser atingida, com aumento e piora dos transtornos de ansiedade e depressão, uso e abuso de álcool e drogas ilícitas e aumento de casos de suicídio (Sequeira et al., 2015). A maior exposição aos fatores de risco – tabagismo, alimentação não saudável, inatividade física e uso nocivo de bebidas alcoólicas – e a deterioração no quadro da saúde mental podem “estar na origem de outros processos de deterioração do quadro de saúde da população por provocarem diminuição da resposta imunológica do organismo, resultando em aumento de doenças crônicas e infectocontagiosas.” (Vieira, 2016, p.20).

Estudos revisados por Schramm, Paes-Souza e Mendes (2018) apontam piora nos desfechos relacionados às doenças infecciosas, como por exemplo malária, tuberculose e dengue, durante os períodos de recessão, frequentemente como resultado do maior contato entre pessoas convivendo em situações de vida precárias, menor acesso aos tratamentos e terapias existentes e dificuldades de adesão. Já em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), esses estudos observam aumento de picos hipertensivos nas emergências, da incidência de infarto agudo do miocárdio e de diabetes.

Catalano et al. (2011) a partir de ampla revisão bibliográfica referente aos impactos da recessão econômica na saúde, identificam três mecanismos responsáveis por esse encadeamento: estresse, frustração-agressão e orçamento. O mecanismo do estresse – que sabidamente desencadeia diversas doenças – é predominante na literatura e ocorre a partir de experiências como perda de emprego, aumento de incidência em trabalhos extenuantes, dificuldades materiais e financeiras. O mecanismo da frustração-agressão incide com base na percepção de perda injusta de ganhos obtidos que pode gerar comportamento antissocial e autodestrutivo, abuso de substâncias e violência. Por fim, o mecanismo do orçamento se verifica no esforço de adaptação no padrão de vida das pessoas ao perderem emprego e renda que pode ser a origem do abandono de hábitos saudáveis como boa alimentação, prática de exercícios físicos e medicação adequada.

Portanto, as crises econômicas implicam no agravamento das condições de saúde da população. E, nesse contexto, uma política de austeridade fiscal pode comprometer a efetivação do direito à saúde por meio da restrição na oferta de bens e serviços públicos, destacando-se aqui o SUS, mas também saneamento, limpeza urbana e outros condicionantes da saúde. Esse efeito ocorre por meio da redução de transferências sociais e das consequências macroeconômicas apontadas na literatura de redução da renda e aumento do desemprego com efeitos assimétricos na população mais pobre (Dweck, 2018). Como esquematizado por Vieira (2016), o efeito combinado da crise econômica e das medidas de austeridade fiscal resultam em perdas financeiras e materiais, empobrecimento, agravo no estado de saúde e diminuição na capacidade de pagamento pela saúde oferecida pelo setor privado. Essa combinação de determinantes provoca o aumento da demanda por serviços públicos de saúde concomitante à diminuição da capacidade de resposta do sistema de saúde, consubstanciada no acesso e na qualidade dos serviços (Vieira, 2016). Essa contradição acaba por agravar as consequências sociais da crise como apontado por Bohoslavsky (ONU, 2018) e referendado na Assembleia Geral do Conselho de Direitos Humanos da ONU:

[...] it is precisely during these periods [of economic and financial crisis] that the population – in particular those who are disenfranchised, living in poverty or at high risk of falling into poverty – is in greatest need of State compliance with its obligations to respect, protect and fulfil human rights (ONU, 2018, p. 5)

Analisando a crise econômica brasileira que se iniciou em 2015, Hone et al. (2019) apontam os impactos dos gastos em proteção social e em saúde na mortalidade adulta. A partir de uma análise a nível municipal considerando um indicador de mortalidade que levou em conta as dezessete causas de morte selecionadas que são mais propícias a serem afetadas por recessões econômicas segundo a OMS, os autores concluem:

Increases in unemployment between 2012 and 2017 were associated with more than 30.000 additional deaths, mainly from cancer and cardiovascular disease. The largest increases in mortality were observed in black and mixed race populations, men, and individuals aged 30-59 years [...] Municipalities with higher expenditures on health and social protection programmes had lower or no unemployment-associated increases in mortality (Hone et al., 2019, p. 1581).

Dessa forma, depreende-se que os gastos sociais são capazes de conter os efeitos negativos das crises e que a recessão econômica tende a agravar desigualdades sociais e de acesso à saúde já existentes, atingindo de forma mais severa a determinados grupos. Na mesma direção, Malta et al. (2018) indicam que as medidas de austeridade fiscal comprometem as metas de controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. Esse grupo de doenças representa 72% das mortes no Brasil e atingem em maior proporção os grupos sociais mais vulneráveis (Malta et al., 2019). Segundo Malta et al. (2018), a meta de redução na mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT poderá não ser atingida até 2022 devido à estabilização na tendência de mortalidade por DCNT em 2015 e 2016 que “pode ser consequência da mudança no comportamento dos FR [fatores de risco] e por condições de vida e acesso a serviços, prejudicados pela crise econômica e social” (Malta et al., 2018, p. 3117). Comparando os períodos de 2010-2014 e 2015-2017 em relação aos fatores de risco, Malta et al. (2018) apontam para aumento de hábitos menos saudáveis como uso abusivo de álcool e tabagismo, além da redução no consumo de hortaliças e em atividade física. Também é posto que a população com menor escolaridade apresenta prevalências mais elevadas de fatores de risco, indicando maior vulnerabilidade.

A crise econômica, portanto, aumenta a demanda por saúde e a austeridade fiscal além de contribuir para a crise econômica pode prejudicar a oferta de serviços públicos de saúde. Mas há um agravante adicional: frente a um quadro de crise prolongada a taxa de cobertura dos planos privados de saúde tende a diminuir, aumentando ainda mais a demanda por saúde pública e sobrecarregando o SUS. No Brasil, a taxa de cobertura crescia continuamente desde 2003, mas diminuiu 1,8 p.p. entre 2014 e 2019. Essa inflexão se deve tanto à tendência no mercado de trabalho que diminui a adesão aos planos por meio das empresas, quanto ao empobrecimento da população que passa a enfrentar restrições orçamentárias. Como consequência, o SUS volta a ser o sistema preferencial em que as pessoas buscam a garantia do seu direito à saúde. Assim, aumento de demanda por bens e serviços públicos de saúde associado com redução orçamentária gera um cenário preocupante de possível redução de acesso e qualidade (Vieira, 2016). Dessa forma, a resiliência do gasto público durante as crises econômicas, além de preservar direitos, pode evitar danos econômicos futuros, melhorando a qualidade de vida das pessoas e a produtividade do sistema.

## 2. O financiamento do SUS em perspectiva histórica

A necessidade de pensar o futuro do financiamento público à saúde no Brasil, pós crise econômica e sanitária, exige uma avaliação em perspectiva histórica de forma a evidenciar o subfinanciamento crônico a que foi submetido o SUS desde sua origem e que tem se agravado recentemente.

Antes do SUS, imperava no Brasil um sistema de saúde segmentado e excludente. Segundo Saldiva e Veras (2018), o acesso à saúde se dava por três vias: pagamento pelo serviço particular/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), sistemas de assistência à saúde sindicalizada e sistemas “misericordiosos” como Santas Casas, Hospitais-Escola ou entidades de caridade. A assistência médica integral aos trabalhadores formais em contraste com o atendimento residual aos pobres e indigentes revela um sistema de saúde segmentado e excludente que funcionava ora sob a lógica do seguro social, ora sob a lógica do assistencialismo (Jorge et al., 2007). Ambas as lógicas são problemáticas do ponto de vista de garantia do direito à saúde: a do seguro social estabelece uma relação de direito contratual, na qual os benefícios dependem de contribuição prévia; enquanto a do assistencialismo se materializa em medidas compensatórias insuficientes que adquirem caráter estigmatizante (Fleury, 2009).

Com o surgimento do SUS a partir da Constituição Federal de 1988, vem à tona o modelo de seguridade social que tem como objetivo a universalização do direito à saúde. O mecanismo regulador nesse caso é solidário e redistributivo fazendo com que os benefícios passem a ser concedidos a partir de necessidades baseadas na justiça social (Fleury, 2009) e não mais a partir de contribuições prévias ou caridade e misericórdia. A concepção do SUS, no entanto, se deu em um contexto marcado pela ascensão da lógica neoliberal no Brasil e no mundo. O cenário de alta inflação e restrições macroeconômicas era hostil à constituição de uma política social universalista garantida por uma visão de cidadania garantida pelo Estado (Soares, 2014). O antagonismo daí resultante deu origem ao subfinanciamento crônico do sistema de saúde que prejudica a realização *de facto* dos princípios estabelecidos *de jure* na Constituição Federal de 1988. Apesar da afirmação legal de que as políticas sociais e econômicas devem garantir o Sistema Único de Saúde, a Carta Magna não definiu com precisão o *modus operandi* do financiamento da política de saúde.

Nos artigos 194 e 195 (BRASIL, 1988) a saúde é colocada como integrante da seguridade social, junto à previdência e à assistência social. No entanto, o estabelecimento vago no art. 198 (BRASIL, 1988) de que o SUS seria financiado “com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” é absolutamente insuficiente para garantir a implementação do ambicioso sistema público universal pretendido. Foi definido provisoriamente no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) (BRASIL, 1988) que no mínimo trinta por cento do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, seria destinado ao setor de saúde. Essa vinculação teria validade até a aprovação da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) que definiria ano a ano qual percentual seria destinado à saúde (Piola et al., 2013). No entanto, esse percentual não foi cumprido e não se manteve na LDO depois de 1993 (SOARES, 2014). Como apontado por Piola et al. (2013), a escassez de recursos gerou um ambiente de disputa interna entre as áreas sociais, como no caso da saúde e da previdência social. Em 1993, essa disputa culminou no não repasse das contribuições previdenciárias para o financiamento da saúde. Em caráter emergencial para garantir um mínimo de recursos para a saúde, recorreu-se ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) (Piola et al., 2013).

O Orçamento da Seguridade Social (OSS) garantido na Constituição logo entrou em atrito com o avanço das medidas neoliberais. Em 1994, segundo Jorge et al. (2007, p. 6) “o descumprimento do OSS começou a ser institucionalizado com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE)”. Esse mecanismo mudou de nome em 1997 para Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e em 2000 se tornou a atual Desvinculação das Receitas da União (DRU). Parte dos recursos arrecadados em âmbito federal pode ser usada livremente, diminuindo, na prática, os recursos destinados à seguridade social.

A resposta do governo de Fernando Henrique Cardoso à indefinição do financiamento à saúde se deu por meio da criação de um novo tributo em 1996: a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) cuja arrecadação se destinaria ao financiamento da saúde (Piola et al., 2013). Apesar de ser concebida como provisória, a CPMF foi prorrogada a partir de diversas Emendas Constitucionais, sendo extinta apenas em janeiro de 2008 (Soares, 2014). Segundo Piola et al. (2013, p. 10) “[...] a contribuição imediata da CPMF foi mais efetiva para a garantia de estabilidade de financiamento da saúde do que para a ampliação de seus recursos, uma vez que seu impacto foi amortecido pela retração de outras fontes de financiamento da saúde”.

A instabilidade proveniente da indefinição de vinculação de recursos na década de 1990 incitou a criação de diversas iniciativas parlamentares que foram aglomeradas na EC nº 29/2000. Essa lei estabeleceu uma nova categoria para o financiamento do SUS que é “Ações e Serviços Públicos de Saúde” (ASPS) a qual abarca os principais gastos que a partir de então seriam considerados para a contabilização do piso mínimo de gastos em saúde. Apesar do conceito “ASPS” ter representado um avanço no financiamento do SUS, foi alvo de críticas tendo em vista a falta de definição desses gastos em termos de rubricas orçamentárias. Apesar da tentativa de definição com a Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, não houve reconhecimento por parte de todos gestores públicos que, para efeitos de cumprimento da EC nº 29/2000, incluíram gastos como “ASPS” que não deveriam ser considerados, tais como saneamento básico, merenda escolar, pagamento de inativos, entre outros (Cislaghi; Teixeira; Souza, 2011).

O estabelecimento de vinculação de recursos a serem aplicados em ASPS pela EC nº 29/2000 ocorreu de forma diferenciada para União, estados e municípios. A aplicação mínima, como uma porcentagem das receitas, foi definida – sendo que poderia ser alcançada de forma gradativa segundo progressão determinada – em 12% para os estados e Distrito Federal e 15% para os municípios, percentuais calculados sobre o produto da arrecadação de impostos e que deveriam ser alcançados até 2004, sendo que o percentual inicial seria de 7% para estados e municípios. Já no caso da União, a definição viria por Lei Complementar a ser posteriormente regulamentada (BRASIL, 2000), apesar do estabelecimento provisório em ADCT – que depois se mostraria definitivo – de que, após um crescimento de, no mínimo, 5% no montante empenhado em 1999, entre 2001 e 2004 o valor do piso seria corrigido pela variação nominal do PIB. Em caso de ausência de Lei Complementar, continuaria em vigência os patamares promulgados na EC em questão (BRASIL, 2000).

A esperada Lei Complementar que regulamentaria a EC nº 29/2000 foi promulgada apenas doze anos depois, trata-se da LC nº 141/2012. Havia muita expectativa em torno de sua regulamentação: vislumbrava-se uma oportunidade de ampliação dos recursos para o SUS devido à correção dos desvios a partir da definição das ASPS, instauração de medidas que evitassem o descumprimento dos patamares mínimos e, principalmente, criação de novas fontes de recursos para o sistema (Piola et al., 2013). De fato, a Lei Complementar nº 141/2012 definiu exatamente quais categorias



seriam consideradas ASPS para cômputo do patamar mínimo estabelecido para cada ente federativo e também determinou que caso esse patamar não fosse atingido, o ente responsável deveria compensar a diferença no ano seguinte, sem que o montante entrasse na contabilidade do ano corrente como ASPS. No entanto, a expectativa de expansão do nível de gasto em saúde se frustrou.

A LC nº 141/2012 logrou definir quais são as ASPS que o SUS deveria financiar, a aplicação mínima de recursos em ASPS – que novamente tratou a União de forma diferenciada –, os critérios de rateio dos recursos para outras esferas e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde (Brasil, 2012). Os percentuais de 12 e 15% foram mantidos para Estados e Municípios enquanto para a União definiu-se que o montante equivaleria ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual de variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior da Lei Orçamentária Anual (LOA) (Brasil, 2012). Na prática, o critério adotado para a União representava a continuidade do instituído provisoriamente na EC nº 29/2000 adicionado da definição explícita de base móvel ano a ano que havia sido tema de discussões.

Para o cálculo do piso federal, a LC nº 141/2012 definiu que as despesas consideradas seriam: “I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no fundo de saúde” (Brasil, 2012). Ou seja, a definição da LC nº 141/2012 determina, conforme Vieira, Piola e Benevides (2018), que o estágio de empenho deve ser utilizado na apuração do patamar mínimo de gasto em ASPS confirmando o que havia sido instituído provisoriamente na EC nº 29/2000. Ademais, a inscrição em restos a pagar está limitada às disponibilidades de caixa para que a rubrica seja considerada despesa em ASPS. No entanto, a inscrição em restos a pagar se mostraria uma forma de subterfúgio para o real dispêndio em saúde tendo em vista que esse montante é em parte cancelado e não compensado imediatamente em exercícios subsequentes, podendo resultar em aplicação efetiva inferior ao piso mínimo constitucional nos anos de emissão dos empenhos (Vieira; Piola, 2016). Frente a essa problemática, a LC nº 141/2012 determinou no artigo 24 a compensação dos valores relativos a restos a pagar cancelados que impliquem aplicação inferior ao piso do ano em que houve o empenho da despesa (Brasil, 2012). Entretanto, não houve consenso sobre a reposição de restos a pagar cancelados a partir do exercício de 2012 independentemente do ano de empenho segundo Vieira, Piola e Benevides (2018), prevalecendo a interpretação de que apenas os restos a pagar cancelados referentes a anos de empenho a partir de 2012 poderiam ser compensados.

Em 2015 foi dado o primeiro passo institucional no retrocesso orçamentário para a saúde, consubstanciado na EC nº 86/2015, conhecida como orçamento impositivo. Como explicado por Piola, Benevides e Vieira (2018), essa denominação foi dada porque o governo federal passou a ser obrigado a executar as emendas parlamentares aprovadas para o orçamento anual, sendo que metade deste valor deveria ser destinado às ASPS. A problemática reside no fato de que esse recurso seria contabilizado como parte do piso mínimo a ser investido pela União, sem passar pelo planejamento da política e nem contar com participação social na escolha alocativa (David, 2015). A medida definiu o valor que deveria ser o mínimo destinado à saúde pela União em um percentual de 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) que seria progressivamente expandido até alcançar 15% da RCL em 2020.

Em comparação ao Projeto de Lei Complementar PLP nº 321/2013 proposto pelo Movimento de Reforma Sanitária que sugeria a fixação de 10% da Receita Corrente Bruta (RCB), apesar do maior

percentual, a redução na base de cálculo ao se considerar a RCL e não a RCB implicaria em menor volume de recursos. Na época, segundo Piola, Benevides e Vieira (2018), o percentual de 10% da RCB equivalia a 18,7% da RCL, muito superior aos 13,2% da RCL que seriam implantados imediatamente após a EC 86/2015. O retrocesso orçamentário se revela a partir do dado apontado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) de que, em 2014, as ASPS foram financiadas com 14,38% da RCL do ano, ou seja, o estabelecimento de 13,2% da RCL para 2016 representaria uma contração no orçamento da saúde que ainda seria agravada pela queda da arrecadação dada a conjuntura de crise (CNS, 2015) além das políticas de desoneração fiscal. Também foi definido na EC nº 86/2015 que os recursos oriundos da exploração de petróleo e gás natural, conhecidos como royalties do petróleo, deixariam de ter caráter “adicional” como determinado na Lei 12.858/2013 e passariam a ser considerados para o cálculo do percentual mínimo a ser despendido pela União, representando outro modo de enxugamento do financiamento da saúde.

Com base no princípio dos direitos humanos de vedação ao retrocesso na implementação de direitos sociais, a Procuradora Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) Deborah Duprat encaminhou para o Procurador Geral da República (PGR) Rodrigo Janot o pedido de Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) dos artigos 2º e 3º da EC nº 86/2015 que tratam do escalonamento no patamar mínimo e da contabilidade dos royalties do petróleo (ABRASCO, 2016). O pedido ADI 5595 foi encaminhado ao Supremo Tribunal Federal (STF) que deferiu liminar para suspender a eficácia dos artigos em questão. A urgência foi justificada pelo ministro Ricardo Lewandowski dado o “quadro crônico de subfinanciamento da saúde pública do país, que causa número formidável de mortes e agravos evitáveis à saúde dos cidadãos brasileiros” (STF, 2017). Apesar da validade concedida via decisão cautelar, a União descumpriu a medida, incorrendo em perdas para a saúde que foram judicializadas. Até a data de divulgação desse trabalho, a ADI 5595 não teve julgamento definitivo no STF. O desenrolar dessa ação importa na medida em que afeta o orçamento de 2017 que servirá de base até 2036, segundo a EC nº 95/2016 que será analisada adiante, e também tendo em vista que os royalties do petróleo representam rubrica de grande potencial para financiamento do SUS (David, 2015).

No mesmo ano de aprovação da EC nº 86/2015 foram promulgadas outras duas medidas de relevância para o setor público de saúde: a PEC nº 87/2015 e a Lei 13.097/2015. A PEC 87/2015 prorrogou a DRU até 2023 e aumentou de 20% para 30% a alíquota de retenção da receita arrecadada que pertence ao Orçamento da Seguridade Social, diminuindo ainda mais o volume de recursos disponíveis para preservar diversas políticas sociais, inclusive a saúde pública (Vieira, 2016). Por sua vez, a Lei 13.097/2015 alterou a LO nº 8.080/1990, passando a permitir a entrada do capital estrangeiro para suposta ampliação na base de financiamento do setor de saúde. Entretanto, o que se observou foi a apropriação do fundo público nacional e a efetiva saída de capital (David, 2015).

O ano de 2015 marca o início de políticas econômicas guiadas pela austeridade ainda no governo de Dilma Rousseff, mas esse rumo foi realizado por completo a partir da EC nº 95/2016 proposta pelo governo Temer que instituiu o Novo Regime Fiscal (NRF) válido até 2036, podendo o índice de correção ser revisado em 2026. Segundo essa regra, como aponta Rossi e Dweck (2016), o gasto primário do governo federal – que exclui o pagamento de juros sobre a dívida pública – fica limitado a um teto congelado em valores reais, ou seja, o gasto do ano anterior é reajustado apenas pela inflação acumulada medida pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) nos últimos 12 meses até o mês de junho do ano anterior. Na prática, sob a vigência do Teto dos Gastos, haverá redução do gasto público relativamente ao PIB e ao número de habitantes. Ademais,

diferentemente da experiência internacional, o NRF não tem cláusula de escape que permita determinada margem de manobra frente a crises econômicas.

No momento da instituição da EC nº 95/2016, como apontado por Vieira, Piola e Benevides (2018), foram discutidas duas vias de impacto no volume de recursos efetivamente disponibilizados para o SUS: (I) imposição do teto geral de gasto que foi congelado em valor equivalente a 15% da RCL de 2017 para o período de 2018 a 2036 e (II) forma de apuração do piso federal de despesas com ASPS.

Em relação à forma de apuração do gasto, como indicado em Vieira, Piola e Benevides (2018), o NRF passou a aplicar a regra do regime de caixa (pagamento) para o total de despesas, o que significa a consideração das rubricas “pago” e “resto a pagar pago” no exercício em questão. Para o piso federal com ASPS, essa concepção mudaria a forma de cálculo tendo em vista que, desde a EC nº 29/2000 reafirmada pela LC nº 141/2012, a rubrica considerada para cumprimento do piso era o “empenhado”. No entanto, nota-se no Demonstrativo das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) da União que prevaleceu o entendimento pela equipe econômica do governo de que a rubrica considerada para apuração do cumprimento do piso seria o estágio de empenho.

De acordo com Vieira, Piola e Benevides (2018), tal decisão incentivou ainda mais a prática de inscrição de restos a pagar como subterfúgio para cumprimento do piso – apurado pelo valor empenhado – apesar da não realização do gasto implicando na não oferta de bens e serviços públicos que têm sua execução postergada. Esse montante de restos a pagar pode ser postergado indefinidamente – sem ser corrigido pela inflação – e até cancelado, resultando em aplicação efetiva inferior à aplicação mínima nos anos em que foram empenhados (Piola; Benevides; Vieira, 2018). Apesar disso, o montante não pago inscrito em restos a pagar, do ponto de vista fiscal, é interpretado como esforço de poupança ampliado o superávit primário do governo.

Existem duas falácias na narrativa política em defesa da EC nº 95/2016 que necessitam de destaque ao se discutir o financiamento do SUS: (I) houve aumento na aplicação de recursos no SUS dado o adiantamento para 2017 do percentual de 15% da RCL previsto na EC nº 86/2015 como mínimo em 2020 e (II) nada impede que o gasto em saúde aumente, já que o teto dos gastos vale para o total das despesas.

Em relação à primeira assertiva, deve-se ressaltar que o patamar mínimo previsto na EC nº 86/2015 implicava em redução orçamentária para as ASPS, portanto o aparente aumento dado o “adiantamento” do percentual de 15% da RCL não representou um avanço no financiamento de saúde. Cabe lembrar, também, que o valor referente ao financiamento do SUS tende a diminuir conforme a receita se expanda, visto que o percentual deixou de ter uma base móvel (ano a ano) para ter uma base fixa (ano de 2017). Por sua vez, a segunda assertiva pressupõe que outros gastos poderiam ser reduzidos abrindo espaço fiscal para expansão do financiamento da saúde. Como demonstrado em projeção por Rossi e Dweck (2016), mesmo que a Reforma da Previdência estabilize os gastos com a previdência em 8,5% do PIB, o que é considerado improvável, e a economia cresça em média 2,5% ao ano “mostra-se que é impossível – matematicamente impossível – o Brasil chegar em 2036 com um maior nível de gasto com saúde e educação em proporção ao PIB, mesmo na hipótese anarcocapitalista de se eliminar todos os outros gastos públicos” (Rossi; Dweck, 2016, p. 4).

Como é típico dos ciclos econômicos, em determinado momento a economia brasileira voltará a crescer. Quando isso ocorrer, ainda na vigência da EC nº 95/2016, ocorrerão superávits primários. No entanto, esses recursos não serão destinados às políticas públicas de bem comum, como a saúde, mas sim ao pagamento de juros da dívida pública e aumento das reservas monetárias, além do cumprimento da meta fiscal. Ao impor a correção inflacionária como parâmetro de ajuste dos gastos em ASPS, ignora-se: (I) a necessidade de expansão dos gastos em saúde pública dado o movimento demográfico e epidemiológico em curso e (II) os custos dos insumos, matérias, medicamentos e tecnologias de saúde. O primeiro fator diz respeito ao processo de envelhecimento e crescimento da população: segundo projeção da população realizada pelo IBGE, a porcentagem de pessoas idosas (acima de 65 anos) vai passar de 8,5% em 2016 para 16% em 2036, além do crescimento populacional de aproximadamente 17,7 milhões de pessoas. Essa mudança demográfica tende a aumentar a demanda por serviços públicos de saúde tendo em vista o perfil epidemiológico da população idosa. Em relação ao segundo fator, deve-se levar em conta que “em geral, os serviços de saúde apresentam crescimento contínuo de seus preços relativos, ou seja, uma inflação acima da média da economia” (TN, 2018, p. 7). Enquanto vigorar o teto dos gastos promovendo a institucionalização da austeridade fiscal, o orçamento do SUS será reduzido em termos per capita e em relação à receita.

Adicionalmente, a adoção de uma medida de austeridade fiscal como a EC nº 95/2016 desrespeita também todos os limites apontados por Bohoslavsky (ONU, 2018) tendo em vista que não se limita ao período da crise, não visa a proteção dos direitos humanos, não se mostra sustentável, não se caracteriza como única alternativa possível, seu ônus recai de forma desproporcional e discriminatória agravando inequidades já existentes, não leva em consideração o conteúdo mínimo dos direitos econômicos, sociais e culturais, não foi planejada visando transparência e participação da comunidade afetada e não está sujeita a contínua avaliação e revisão.

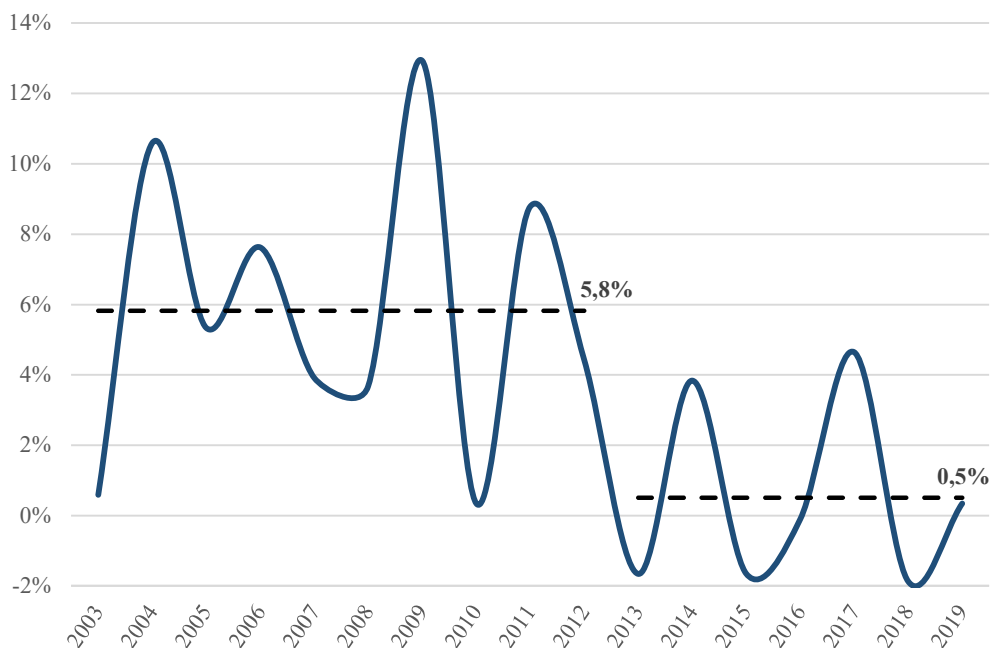
### **3. Regras para financiamento do SUS e o ciclo econômico**

Partindo dessa análise histórica, busca-se uma avaliação, evidenciando prós e contras, da interação entre essas regras que definem o patamar mínimo de financiamento do SUS e indicadores da atividade econômica como receita e PIB. O estabelecimento de patamares mínimos de gasto via vinculação orçamentária foi visto nessas três décadas como uma conquista que poderia garantir recursos para áreas sociais tidas como prioritárias, incluindo a saúde. Como apontado por Vieira (2019, p. 51): “Não se pode alocar um montante em um ano e reduzir drasticamente este montante em ano posterior. A oferta de bens e serviços de saúde demanda estabilidade no financiamento; por isso, a importância da definição de patamares mínimos de aplicação em saúde”. No entanto, a vinculação ao PIB e, mais ainda, às receitas, tende a gerar uma tendência pró-cíclica nos pisos de gastos vinculados à essas variáveis. Embora o vínculo se refira ao piso mínimo e não ao valor gasto de fato, o que se tem observado na execução orçamentária é que o valor pago em ASPS segue o nível e a tendência de oscilação do valor empenhado, o qual serve de referência para a apuração do piso mínimo em saúde.

Como mostra o Gráfico 1, entre 2003 e 2019, há uma queda no patamar de crescimento do valor empenhado em ASPS pela União. Dentre os fatores explicativos estão as variações de crescimento econômico e das receitas públicas, as definições de prioridade orçamentária e as decisões políticas de ajuste fiscal. Entre 2003 e 2012 o gasto público da União com saúde cresceu em média 5,8% ao ano, taxa superior ao crescimento econômico médio anual do período de 3,9%. Já nos anos de

2013 a 2019, o crescimento do gasto foi em média de 0,5% ao ano e o crescimento econômico médio anual ficou em 0,1% ao ano.

**Gráfico 1 – Variação anual do valor empenhado pela União em saúde, ano base 2019 - Brasil (2003 - 2019)**



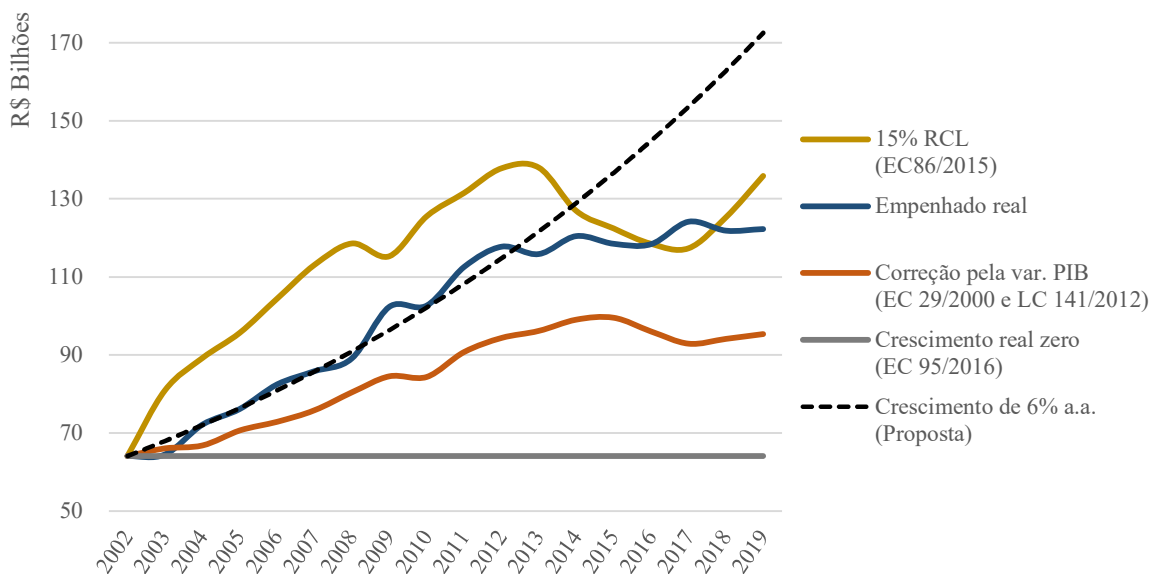
Fonte: SIGA Brasil. Elaboração própria.

O Gráfico 2, por sua vez, apresenta simulações retroativas de como seria o piso mínimo para o gasto público com saúde no Brasil de acordo com as diferentes regras, comparando com a evolução do valor empenhado de fato no período em ASPS e com uma proposta de crescimento real resiliente ao ciclo econômico. A primeira simulação é a vinculação de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL), conforme a EC nº 86/2015; a segunda, de vinculação com a variação do PIB, como na EC nº 29/2000 e na LC nº 141/2012; a terceira, de crescimento real zero do gasto público, a exemplo da EC nº 95/2016; e, por fim, uma regra simples de crescimento real do gasto total pago de 6% ao ano, patamar próximo do realizado entre 2003 e 2012 (5,8%).

Importante ressaltar que além do patamar fixo de crescimento real do gasto, se propõe uma regra que use o estágio de pagamento – e não o de empenho como tem sido aplicado – da despesa orçamentária para a apuração do piso mínimo em saúde. O montante total pago é constituído pela soma das despesas “pagas” e dos “restos a pagar pagos” que refletem de fato a oferta de Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Dessa forma, o estágio de pagamento “parece ser o mais adequado pela concretude que dá à efetivação das despesas, pela facilidade do seu acompanhamento e pela transparência” (Vieira; Piola; Benevides, 2018, p.xxiii).

A simulação mostra que se a regra de crescimento zero estivesse vigente desde 2002, estaríamos em 2019 com R\$ 58 bilhões a menos para o financiamento da saúde, quase a metade do gasto empenhado pela União no mesmo ano, R\$ 122 bilhões.

**Gráfico 2: Simulação retroativa do piso do gasto com saúde da União com base em diferentes regras, ano base 2019 - Brasil (2002 - 2019)**



Fonte: SIGA Brasil, Tesouro Transparente e IBGE. Elaboração própria.

Uma regra similar à EC nº 86/2015, se aplicada em 2003 aumentaria imediatamente a dotação para a saúde, uma vez que o orçamento daquele ano representou em torno de 12,6% da RCL. Como se observa no Gráfico 1, essa regra expande muito o gasto com saúde nos períodos de crescimento econômico, no entanto, as quedas são mais acentuadas nos momentos de desaceleração. Isso se deve ao fato da elasticidade da receita em relação ao PIB ser maior do que 1, como demonstrado em Orair, Siqueira e Gobbeti (2016). Além disso, o gasto com saúde também fica sujeito às políticas fiscais pelo lado das receitas, como ocorreu no governo Dilma Roussef que implementou um programa de desonerações fiscais significativo nos anos de 2013 e 2014. Uma regra que vincula à receita tem a vantagem de permitir a apropriação pelo orçamento da saúde de ganhos de arrecadação que não vem apenas do crescimento econômico, mas também de processos de formalização que aumentam a base arrecadatória ou mesmo de processos de aumento de carga tributária. Por outro lado, essa regra confere ao orçamento da saúde um caráter extremamente pró-cíclico e nos momentos de crise pode reduzi-lo severamente, assim como diante de reformas tributárias e políticas de desoneração que diminuam a arrecadação da União.

Assim como a vinculação à receita, a vinculação à variação do PIB é pró cíclica, embora em menor grau tendo em vista que a referência é a variação do PIB no ano anterior e a oscilação do PIB tem menor magnitude em comparação à das receitas. A regra que atrela o gasto com saúde ao crescimento econômico do ano anterior mostra que o orçamento ficaria abaixo do efetivamente empenhado. Em 2019 a diferença seria de R\$ 27 bilhões. De fato, essa regra não atribui a prioridade necessária para o gasto com saúde uma vez que o mantém em uma proporção fixa em relação ao PIB. Ao longo de crises econômicas a regra é extremamente perversa, pois reduz em termos reais o montante destinado à saúde em um momento associado à maior vulnerabilidade social e demanda por saúde pública como já demonstrado.

Por fim, uma regra hipotética de crescimento linear de 6% ao ano mostra um crescimento similar ao gasto efetivamente empenhado até 2012, mas aponta para como seria caso essa tendência

continuasse. Em 2019, o orçamento público seria de R\$ 172 bilhões, superior em R\$ 50 bilhões ao valor empenhado com saúde da União no mesmo ano. Esse crescimento real é necessário por um longo período dada a defasagem orçamentária a qual o SUS foi submetido em décadas de subfinanciamento. No entanto, a fim de estabelecer uma meta de longo prazo, cabe adotar um patamar mínimo que considere tanto a atividade econômica (PIB) quanto o nível populacional. Essa regra de crescimento real anual fixo provê maior capacidade de planejamento do SUS para ampliar a prestação de serviço com qualidade e para investir em ciência e tecnologia.

Os países das Américas, incluindo o Brasil, entraram em consenso sobre adotar como mínimo o patamar de 6% do PIB destinado a saúde, conforme relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS):

Uma referência útil quanto ao montante do financiamento é, na maioria dos casos, designar 6% do PIB para a saúde. Esta é uma condição necessária — ainda que não suficiente — para reduzir as iniquidades e aumentar a proteção financeira no âmbito do acesso universal à saúde e da cobertura universal de saúde (OPAS, 2014, p. 12).

Em 2017, segundo banco de dados do Banco Mundial, o gasto público em saúde representou 4% do PIB no Brasil, enquanto outros países que garantem um sistema universal de saúde como Reino Unido, Suécia e França dispenderam 7,6%, 9,2% e 8,7% em relação ao próprio PIB, respectivamente. A unicidade do SUS em representar um sistema de saúde universal que atende a mais de 200 milhões de pessoas acaba por atenuar os dados de gasto em saúde em proporção do PIB, tornando necessária a parametrização em relação à população. Ao se comparar o gasto público com saúde per capita em US\$ de 2017 (PPP), segundo dados do Banco Mundial, o Brasil dispendeu apenas 617 US\$ per capita, ficando atrás do Reino Unido (3.445 US\$), Suécia (4.770 US\$), França (3.863 US\$), e também da média da América Latina e Caribe (629 US\$).

Evidentemente, nos momentos de crise e queda da arrecadação o crescimento dos gastos com saúde aumentaria o déficit fiscal. Há, no entanto, um fator de ordem social e outro de ordem macroeconômica que justificam a manutenção do crescimento do gasto com saúde, mesmo que financiado por déficits. No âmbito social, evidencia-se que os momentos de crise econômica agravam as condições de saúde da população, em especial a mais vulnerável, via maior exposição a doenças, menor probabilidade de adesão ao tratamento, deterioração da saúde mental e maior exposição a fatores de risco com a adoção de hábitos não saudáveis. Esse quadro é, ainda, agravado pela diminuição da capacidade de pagamento de planos privados, redirecionando a demanda por serviços de saúde ao SUS. Já no âmbito macroeconômico, a continuidade dos gastos com saúde atuaria como elemento anticíclico da demanda agregada, reduzindo a desaceleração econômica. Abrahão, Mostafa e Herculano (2011) apontam um impacto expressivo decorrente do aumento de 1% do PIB no gasto com saúde em termos de crescimento do PIB (1,70%), renda das famílias (1,44%) e redução do GINI (-1,50%). Esse impacto positivo do gasto com saúde é potencializado pelo poder de compra do SUS que é uma fonte importante de encadeamentos produtivos e de geração de empregos por meio do CEIS (Complexo Econômico-Industrial da Saúde) que possui grande capacidade de gerar mudanças estruturais, crescimento e desenvolvimento tecnológico (Gadelha, 2003).

## Considerações finais

Analisar a evolução do financiamento do SUS é essencial para compreender seus avanços e seus limites ao lidar com a pandemia do novo coronavírus. Deve-se levar em consideração que a pandemia encontrou no Brasil tanto um sistema público de saúde fragilizado pelo subfinanciamento histórico, quanto uma população mais vulnerável socialmente dada a crise econômica que se arrasta desde 2015. Nesse contexto, as políticas de austeridade fiscal atuam no sentido de deteriorar ainda mais a capacidade de resposta do SUS, além de agravar os indicadores sociais do mercado de trabalho e relativos ao empobrecimento da população.

A urgência conjuntural deve estimular o debate e a formulação de propostas que busquem posicionar a saúde como prioridade na execução orçamentária. Entre todas regras fiscais aqui analisadas – EC nº 29/2000 e LC nº 141/2012, EC nº 86/2015 e EC nº 95/2016 – é notório que o teto dos gastos traça o pior horizonte possível, sendo incompatível com as necessidades de curto e longo prazo da sociedade brasileira. No entanto, as outras regras fiscais que vincularam o financiamento do SUS ora ao crescimento do PIB, ora a uma porcentagem da receita corrente, contribuíram para seu caráter pró cíclico. Dessa forma, o direito à saúde foi subjugado a variáveis econômicas tidas como dadas, ocultando o caráter autônomo que o Estado possui ao definir seu orçamento, os efeitos multiplicadores que gastos sociais geram na economia como um todo e, por fim, a vedação ao retrocesso garantida amplamente em acordos internacionais de direitos humanos.

A efetivação do direito à saúde exige financiamento adequado e resiliente por todo o ciclo econômico. É dado o momento de discutir uma regra de crescimento real do gasto responsável por financiar o sistema de saúde público, de modo que o ciclo econômico interfira o mínimo possível na saúde da população e o orçamento do SUS atinja um patamar compatível com sua proposta de fornecer um sistema público de saúde universal.

## Referências bibliográficas

- ABRASCO. *Procuradoria dos Direitos do Cidadão considera inconstitucional emenda que reduziu recursos para o SUS*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2016
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988*. Brasília: Diário Oficial da União, 1988.
- BRASIL. *Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000*. Brasília, 2000.
- BRASIL. *Lei Complementar no 141 de 13 de janeiro de 2012*. Brasília, 2012.
- CATALANO, R.; GOLDMAN-MELLOR, S.; SAXTON, K.; MARGERISON-ZILKO, C.; SUBBARAMAN, M.; LEWINN, K.; ANDERSON, E. *The health effects of economic decline*. Annual review of public health, Annual Reviews, v. 32, p. 431–450, 2011.
- CISLAGHI, J. F.; TEIXEIRA, S. O.; SOUZA, T. O. *O financiamento do SUS: principais dilemas*. Anais do I circuito de debates acadêmicos, IPEA, 2011.
- CNS. *O atual quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da Emenda Constitucional no 86/2015 e do ajuste fiscal*. Conselho Nacional de Saúde, 2015



DAVID, G. *A essencial Justiça Fiscal na Reforma Tributária para garantir o Direito à Saúde*, 2015.

DAVID, G. Política fiscal e direitos humanos: uma análise a partir dos acordos internacionais. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. (Org.). *Economia para poucos: Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*, Autonomia Literária, São Paulo, 2018.

DWECK, E.; SILVEIRA, F.G.; ROSSI, P. Austeridade e desigualdade social no Brasil. In: ROSSI, P.; DWECK, E.; OLIVEIRA, A. L. M. (Org.). *Economia para poucos: Impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil*, Autonomia Literária, São Paulo, 2018.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 743–752, 2009.

GADELHA, C. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8, n.2, Rio de Janeiro, 2003.

HONE, T.; MIRELMAN, A.J.; RASELLA, D.; PAES-SOUZA, R.; BARRETO, M.L.; ROCHA, R.; MILLET, C. *Effect of economic recession and impact of health and social protection expenditures on adult mortality: a longitudinal analysis of 5565 Brazilian municipalities*. The Lancet Global Health, Elsevier, v. 7, n. 11, p. e1575–e1583, 2019.

INESC. *Metodologia: orçamento & direitos: referenciais políticos e teóricos*. Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2017.

JORGE, E. A.; MESQUITA, A.C.S.; PAIVA, A.B.; MARTINS, R.F.M. *Seguridade social e o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil*. Área de economia da saúde e desenvolvimento, Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, 2007.

MALTA, D. C.; DUNCAN, B.B.; BARROS, M.B.A.; KATIKIREDDI, S.V.; SOUZA, F.M.; SILVA, A.G.; MACHADO, D.B.; BARRETO, M.L. *Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 3115 – 3122, out. 2018.

MALTA, D. C.; ANDRADE, S.S.C.A.; OLIVEIRA, T.P.; MOURA, L.; PRADO, R.R.; SOUZA, M.F.M. *Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, brasil e regiões, projeções para 2025*. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 22, abr. 2019.

OLSEN, A. *Eficácia dos direitos fundamentais sociais frente a reserva do possível*. Dissertação de mestrado, 2006.

OMS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Organização Mundial da Saúde, 1946.

ONU. *Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Organização das Nações Unidas, 1966.

ONU. *Guiding principles on human rights impact assessments of economic reforms*. Report A/HRC/40/57. Organização das Nações Unidas, 2018.

OPAS. *Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*. 66ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas. CD53/5, Rev. 2, 2014.

- PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. D. S.; VIEIRA, F. S. C. *Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017*. Texto para Discussão n. 2439, IPEA, 2018.
- PIOLA, S. F.; PAIVA, A.B.; SÁ, E.B.; SERVO, L.M.S. *Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo*. Texto para Discussão n. 1846, IPEA, 2013.
- POTRICH, F. B. *Efetividade dos direitos sociais, reserva do possível e seus limites*. Revista Virtual da AGU, p. 3–22, 2013.
- ROSSI, P.; DWECK, E. *Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação*. Cadernos de Saúde Pública, v. 32, 2016.
- ROSSI, P.; MELLO, G. *Choque recessivo e a maior crise da história: a economia brasileira em marcha à ré*. São Paulo: Nota do Cecon, 2017.
- SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. *Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras*. Estudos Avançados, v. 32, n. 92, p. 47–61, 2018.
- SANTOS, G. N. B. *Neoliberalismo e seus reflexos na política de saúde no Brasil*. Anais Seminário FNCPS: Saúde em Tempos de Retrocessos e Retirada de Direitos, v. 1, n. 1, 2017.
- SARLET, I. W. *A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos direitos fundamentais na perspectiva constitucional*. 11. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 45-58 p, 2012.
- SCHRAMM, J. M. D. A.; PAES-SOUZA, R.; MENDES, L. V. P. *Políticas de austeridade e seus impactos na saúde*. Rio de Janeiro: CEE-Fiocruz, 2018.
- SEQUEIRA, C.; SÁ, L.; CARVALHO, J.C.; SAMPAIO, F. *Impacto da crise financeira e social na saúde mental*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, n. 14, p. 72–76, 2015.
- SILVA, A. T. M. F.; ALVES, M. M. *A influência do estado neoliberal no sistema de saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde*. Biológicas & Saúde, v. 1, n. 1, 2011.
- SOARES, A. *O subfinanciamento da saúde no Brasil: uma política de Estado*. Tese de doutorado (FCM-UNICAMP), 2014.
- STF. *"Ministro suspende regras sobre orçamento impositivo na área da saúde"*, 2017.
- TN. *Aspectos fiscais da saúde no Brasil*. Tesouro Nacional, 2018.
- VIEIRA, F. S. *Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?* Nota Técnica n. 26, IPEA, 2016.
- VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F. *Restos a pagar de despesas com ações e serviços públicos de saúde da União: impactos para o financiamento federal do Sistema Único de Saúde e para a elaboração das contas de saúde*. Texto para Discussão n. 2225, IPEA, 2016.
- VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. D. S. *Controvérsias sobre o novo regime fiscal e a apuração do gasto mínimo constitucional com saúde*. Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise n. 25, 2018.
- VIEIRA, F. S.; PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. D. S. *Vinculação orçamentária do gasto em saúde no Brasil: resultados e argumentos a seu favor*. Texto para Discussão n. 2516, IPEA, 2019.